

ANNÉE 1929

THÈSE

N° 294

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Auguste-Gaston MENJOT

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Né le 8 Septembre 1902, à Sévignacq-Loubée (Basses-Pyrénées)

Les Manifestations Glandulaires aiguës au cours du Saturnisme

Président de Thèse : M. le Professeur BEZANÇON.

PARIS

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Auguste-Gaston MENJOT

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Né le 8 Septembre 1902, à Sévignacq-Loubée (Basses-Pyrénées)

Les Manifestations Glandulaires aiguës au cours du Saturnisme

Président de Thèse : M. le Professeur BEZANÇON.

PARIS

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1929

I. — PROFESSEURS

Le Doyen M. ROGER

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	N..
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	N..
Hygiène et clinique de la première enfance ..	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux ..	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale	DELbet.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SÉBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

Pathologie médicale	MM.
Neurologie et Psychiatrie	ABRAMI.
Pathologie médicale	ALAJOUANINE.
Pathologie chirurgicale	AUBERTIN.
Pathologie médicale	BASSET.
Physiologie	BAUDOUIN.
Chimie biologique	BINET.
Pathologie chirurgicale	BLANCHETIÈRE.
Pathologie médicale	BROCQ.
Pathologie chirurgicale	BRULÉ.
Pathologie médicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHIRAY.
Hygiène	CLERC.
Physique	DEBRÉ.
Pathologie médicale	DOGNON.
Médecine légale	DONZELOT.
Obstétrique	DUVOIR.
Pathologie médicale	ÉCALLE.
Pathologie expérimentale	FIESSINGER.
Pathologie chirurgicale	GARNIER.
Pathologie médicale	GATELLIER.
Urologie	HARVIER.
Anatomie	HEITZ-BOYER.
Pathologie médicale	HOVELACQUE.
Parasitologie	HUTINEL.
Chimie biologique	JOYEUX.
Pathologie chirurgicale	LABBÉ (Henri).
Oto-rhino-laryngologie	LARDENOIS.
Anatomie pathologique	LEMAITRE.
Obstétrique	LEROUX.
Pathologie mentale	LEVY-SOLAL.
Pathologie médicale	LHERMITTE.
Pathologie chirurgicale	LIAN.
Obstétrique	MATHIEU.
Pathologie chirurgicale	METZGER.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Histologie	MOURE.
Bactériologie	GIROUD.
Pathologie chirurgicale	PHILIBERT.
Physiologie	OUENU.
Dermatologie et syphiligraphie	RICHEL Fils.
Pathologie médicale	SÉZARY.
Obstétrique	VALLÉRY-RADOT.
Ophtalmologie	(Pasteur)
Histologie	VAUDESCAL.
Pharmacologie	VELTER.
Histologie	VERNE.
Anatomie Pathologique	MERCIER.
Anatomie	MULON.
	OBERLING.
	OLIVIER.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Obstétrique	DEMELIN.
Obstétrique	LEQUEUX.
Obstétrique	GUENIOT.
Histologie	RETTERRER.
Physique	ZIMMERN.
Pharmacologie	BUSQUET.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE (ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	ALGLAVE.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique obstétricale	LE LORIER.
Clinique médicale	LERI.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

*A tous ceux qui me furent chers
et dont je conserverai pieusement le souvenir intact :*

A MON GRAND-PÈRE, A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MON FRÈRE, A MES SŒURS

A MON ONCLE ET A MA TANTE

JEAN ROGER-HERRAN

A MON ONCLE ET A MA TANTE

HIPPOLYTE ROGER-HERRAN

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR BEZANÇON

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. LAEDERICH

Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous inspirer le sujet
de cette thèse et nous a toujours té-
moigné une si affectueuse bienveil-
lance. Hommage de profond respect.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. MOUZON

Ancien Interne des Hôpitaux
Ancien Chef de Clinique à la Faculté

*Qui nous soigna avec tant de dévoue-
ment. Hommage de respectueuse re-
connaissance.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

— *Stage* —

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT (*In Memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MACAIGNE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LECÈNE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELBET

MONSIEUR LE DOCTEUR LAEDERICH

MONSIEUR LE DOCTEUR MOULONGUET

— *Externat* —

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN

MONSIEUR LE DOCTEUR LAEDERICH

MONSIEUR LE DOCTEUR CHEVALLIER

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

AUX DOCTEURS :

PRIEUR, AMELINE, WEIL-SPIRE,

JULIEN-MARIE, GANEM.

Introduction

Nous fûmes vivement intéressé lorsque le 19 décembre 1928, nous vîmes entrer, dans le service de Monsieur le Docteur Laederich, à l'Hôpital Necker, salle Le Fort, un malade porteur à la fois d'une tuméfaction parotidienne bilatérale et d'un orchite du côté droit.

Le 11 décembre 1928, ce malade avait présenté un syndrome douloureux abdominal aigu; son médecin, consulté, l'envoya dans un service de chirurgie de l'Hôpital Necker avec le diagnostic d'étranglement herniaire.

Là, on fut frappé par la coexistence d'une orchite et d'une parotidite bilatérale, on pensa qu'il s'agissait d'orchite ourlienne et c'est avec ce diagnostic que le malade fut transféré dans le service de notre Maître.

Nous l'examinons aussitôt et, en l'interrogeant de près, nous apprîmes qu'il était serrurier, mais que, dans son métier, il se servait fréquemment de peinture au minium. Il nous dit avoir déjà eu des coliques de plomb. Nous crûmes pouvoir affirmer à nouveau ce diagnostic devant la netteté des symptômes abdominaux observés. Il existait un liseré de Burton, nous savions que la parotidite chronique bilatérale était

relativement fréquente au cours du saturnisme, notre Maître nous apprit que l'orchite saturnine avait été signalée. Nous portâmes le diagnostic de colique de plomb avec manifestations pluriglandulaires. L'examen complet du malade devait nous montrer qu'il présentait aussi une prostatite.

Notre intérêt en fut encore accru et Monsieur le Docteur Laederich nous conseilla de rechercher dans la littérature, les cas analogues, publiés, de manifestations glandulaires aiguës au cours de l'intoxication par le plomb. Nous en avons découvert quelques-uns.

Il nous a paru intéressant de les réunir et d'en faire aujourd'hui le sujet de notre thèse inaugurale.

Plan

Dans la rédaction de ce petit travail, nous avons cru conforme à la logique d'adopter l'ordre suivant : après un aperçu historique du sujet, nous avons groupé les observations recueillies. De leur étude comparative, nous avons déduit la symptomatologie des accidents signalés et leur pronostic. Tout naturellement alors se sont posées à notre esprit quelques questions de diagnostic, puis la question du traitement.

Restait à expliquer la pathogénie de ces manifestations multiples.

Si de nombreuses recherches, physiologiques et cliniques, ont été poursuivies sur l'action et les voies d'élimination du plomb dans l'organisme, elles ne portent guère, quant au sujet qui nous occupe, que sur les glandes salivaires.

Les glandes génitales sont à peu près passées sous silence. Les expérimentateurs n'ont jamais pu reproduire chez l'animal l'équivalent des lésions décrites chez l'homme.

Les documents anatomo-pathologiques concernant la question, sont — cela se conçoit — inexistants.

Et, à notre grand regret, nous avons dû nous borner à n'émettre que des hypothèses.

Nous avons ensuite formulé nos conclusions.

Historique

Si l'intoxication par le plomb est connue depuis que la science médicale existe, comme en témoignent les œuvres d'Hippocrate, Celse, Galien, il faut remonter à une date relativement très récente pour trouver les premiers faits publiés d'accidents glandulaires au cours du saturnisme.

Pourtant, depuis que parut en 1839, le « Traité des Maladies du Plomb » de Tanquerel des Planches, de nombreux auteurs ont étudié le saturnisme dans toutes ses formes et toutes ses localisations; d'autres se sont occupés des voies d'élimination du plomb et ont décrit les lésions buccales aujourd'hui classiques.

Mais c'est à peine si, le premier, Renaut signale dans sa thèse d'agrégation, en 1879, sans insister d'ailleurs, l'existence de « douleurs tensives » qu'éprouveraient les saturnins au niveau des maxillaires et des parotides.

En 1882, M. Comby, dans la « France Médicale » rapporte le premier cas typique et diagnostiqué d'hypertrophie parotidienne chronique. Nous publierons son observation qui nous a paru fort intéressante, puisqu'elle relate des accidents testiculaires qui, nous semble-t-il n'ont pas attiré l'attention.

Après M. Comby, M. P. Parisot en 1885, donna de

cette affection la première description complète et le nom plus exact de parotidite chronique. Il fit écrire, trois ans plus tard sur ce sujet, une thèse par son élève, le Docteur Valence, qui établit qu'il s'agit bien, non d'une hypertrophie simple, mais d'une inflammation chronique.

En 1886, le Docteur Favrel publia, dans le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, le premier cas diagnostiqué d'orchite saturnine. Nous reproduirons plus loin son observation.

En 1892, Lavrand étudie les voies d'élimination du plomb et en 1894, Claisse et Dupré publient un mémoire sur les infections salivaires.

Puis, plusieurs thèses furent successivement écrites sur la parotidite saturnine. Mais que ce soit celle de Thielemans, en 1895, que ce soit celle de Croutes, en 1896, elles mettent surtout en relief la parotidite chronique. Cependant des poussées aiguës y sont signalées, de même que des accidents testiculaires. Nous leur emprunterons quelques-unes de leurs observations.

Mais ce n'est qu'en 1897 que M. Launois publia le premier cas de parotidite aiguë, accident isolé chez un saturnin et qu'on peut rattacher, du point de vue pathogénique, à l'intoxication par le plomb.

En 1900, Rénon et Latron, signalent à la Société Médicale des Hôpitaux, un cas de sous-maxillite isolée chez un saturnin.

En 1901, la remarquable thèse de H. Bernard sur la colique de plomb, si complète, ne signale pas cependant l'existence possible de la parotidite. Quant à l'orchite, s'il en parle, c'est pour l'éliminer : « On a décrit, dit-il, des formes orchitiques de la colique de plomb, mais ce ne sont pas là à proprement parler des formes spéciales, la localisation de la douleur au testicule, n'étant que la propagation d'une colique abdominale vraie ».

En 1903, Meillère, dans sa thèse, étudie le saturnisme sous toutes ses faces, résumant l'ensemble de nos connaissances sur la question. Toutefois, il ne cite pas l'orchite et explique l'anaphrodisie des saturnins par la déchéance générale de l'organisme.

Et il faut lire la thèse de Garcin, en 1905, pour entendre parler à nouveau de la possibilité de poussées aiguës parotidiennes et d'accidents testiculaires au cours du saturnisme.

Depuis cette date, nos recherches ne nous ont pas fait trouver des documents nouveaux sur la question qui nous intéresse, si ce n'est la très intéressante observation de Mac Cord et Mister dans « The Journal of the American Medical Association » de 1924, où est relaté un cas typique d'orchite saturnine.

Observations

OBSERVATION I

Observation de M. H. LAUNOIS

(Société Médicale des Hôpitaux, 1897)

Parotidite aiguë unilatérale chez un saturnin.

« X..., 28 ans, plombier, se plaint depuis six jours, de céphalalgie. Bon appétit, pas de fièvre.

En même temps, la région préauriculaire gauche devient le siège d'une douleur sourde, continue, dont la pression et les mouvements de mastication augmentent l'intensité.

Depuis quatre jours, le malade remarque l'apparition d'un gonflement du côté gauche de la face, gonflement qui va en augmentant.

La tuméfaction est unilatérale, occupe toute la région parotidienne et envahit une portion de la joue gauche. La peau présente une coloration rouge, à limites diffuses, dans la région pré et sous-auriculaire ainsi que dans la portion rétro-auriculaire où les contours sont plus nets. La palpation donne, dans toute la région malade, une sensation bien nette d'empatement : la pression est douloureuse.

L'examen de la bouche montre un gonflement œdémateux de la muqueuse de la face interne de la joue gauche, qui empêche de trouver l'orifice du canal de Sténon.

Cet ensemble de signes locaux est celui de la parotidite simple, unilatérale, non suppurée, quant à présent. Ce qui m'a paru faire l'intérêt de ce cas particulier, c'est qu'au premier abord, on aurait pu accuser le plomb car le malade a des signes d'intoxication non douteux : liseré, engourdissements du bras droit, fourmillements ».

M. Launois, on le voit, ne rattache pas cette parotidite au saturnisme. Nous ne sommes pas de son avis et nous pensons que l'atteinte unilatérale, l'absence de fièvre, la coexistence d'autres symptômes nets d'intoxication sont des arguments suffisants en faveur de l'étiologie plombique.

OBSERVATION II

Observation de M. PETIT

[*Société Médicale des Hôpitaux, 1899 (Résumée)*]

Parotidite aiguë bilatérale, paralysie radiale chez un saturnin.

Y..., 30 ans, est peintre en bâtiments depuis seize ans.

En 1889, première colique de plomb, et, depuis, une chaque année.

En 1898, paralysie radiale droite qui guérit en trois mois.

Le 23 novembre 1899, nouvelles coliques saturnines.

Céphalée intense.

Apparition d'une douleur manifeste dans la région rétro-maxillaire.

En même temps, il se forme à ce niveau une double saillie notable.

Cinq ou six jours plus tard, la paralysie radiale droite enaît. Pas de fièvre.

Le malade affirme qu'au niveau des ganglions sous-maxillaires, il y a eu de petites masses dures, roulant sous le doigt.

A l'entrée : Tuméfaction des parotidites.

Légère douleur spontanée un peu accrue par la pression ou la mastication.

Liseré de Burton.

Pas de rougeur ni de gonflement.

Aucune rougeur de la muqueuse ni au pourtour de l'orifice du canal de Sténon.

Les dents sont bonnes.

Pas de fièvre.

Pas d'albumine.

Rien aux testicules.

L'analyse chimique a révélé une certaine quantité de plomb dans la salive.

OBSERVATION III

Observation de MM. RÉNON et LATRON

[*Société Médicale des Hôpitaux, 1900 (Résumée)*]

Sous-maxillité aiguë isolée chez un saturnin.

L..., 45 ans, peintre en bâtiments, entre le 23 mars 1900 à l'hôpital Laënnec, pour colique de plomb.

Il présente également une paralysie saturnine presque complète de l'avant-bras droit, incomplète de l'avant-bras gauche.

Rien aux testicules, ni aux parotides.

Pas d'albumine dans les urines.

Le 27 mars 1900, nous nous apercevons que les régions sous-maxillaires sont tuméfiées, indolores, ne gênant ni déglutition ni mastication.

La région sous-maxillaire est remplie de chaque côté par une masse de la grosseur d'une châtaigne, les téguments ne sont pas enflammés, ni la muqueuse. Pas de douleur.

Les orifices des canaux de Wharton ne sont ni rouges ni enflammés. Rien aux parotides, rien aux sublinguales.

La tuméfaction resta stationnaire pendant trois jours, puis elle diminua peu à peu de volume pour disparaître en vingt jours.

OBSERVATION IV

Observation de M. RENDU

(Journal de Médecine interne, 1900)

Parotidite bilatérale aiguë et colique subaiguë de plomb.

X..., 40 ans, peintre en bâtiments, a toujours été bien portant.

Il y a trois mois, une première colique de plomb.

Il entre à l'hôpital le 15 février, pour crise subaiguë de colique de plomb.

Douleurs épigastriques, nausées, constipation opiniâtre.

Anorexie absolue.

Teinte anémique.

Artères dures.

Un peu d'albumine dans les urines.

Les régions parotidiennes sont grosses et le gonflement s'est montré en même temps que les premiers symptômes de la colique.

Il y a de la douleur à la mastication.

La douleur est devenue plus forte au bout de quelques jours, puis la tumeur s'est affaissée et la douleur a disparu.

La parotidite disparaît sans laisser de traces.

OBSERVATION V

Observation de M. HUDELO

(Société Médicale des Hôpitaux, 1899)

Parotidite unilatérale aiguë et parésie des muscles extenseurs des doigts.

Z..., 30 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, pour une paralysie des extenseurs de la main gauche.

Depuis l'âge de onze ans, il travaille dans le peinture en bâtiments. Il a eu huit coliques de plomb, de 1887 à septembre 1899. A cette époque, attaque de goutte saturnine; en octobre, paralysie des extenseurs de la main gauche.

En 1896, le malade contracte la syphilis par un chancre mentonnier. Il prend souvent de l'iodure de potassium, mais n'a jamais présenté d'oreillons iodiques.

Dès le mois de février 1895, il ressentit une douleur bilatérale à la partie moyenne des joues, à la hauteur des première et deuxième grosses molaires, bientôt compliquée d'un certain degré de trismus, mais sans tuméfaction parotidienne apparente.

A son entrée, on trouve une parésie importante des extenseurs; pas d'albumine; rien aux viscères.

Un liseré de Burton très net, gingivité très accusée, dents cariées, haleine fétide.

Le trismus est tel qu'il empêche d'explorer le fond de la bouche et notamment l'orifice du canal de Sténon. Les pa-

rotides sont un peu tuméfiées et font une légère saillie sous la peau. Elles sont indolentes.

On institue le traitement : iodure de potassium et bains électriques pour le bras gauche.

Le 14 novembre au soir, le malade se plaint d'une légère douleur au niveau de la région parotidienne. La glande fait une saillie du volume d'une noisette. Insomnie.

Le 15 au matin : la tuméfaction est du volume d'une petite noix. On sent mal les grains glandulaires. Il y a un léger œdème de voisinage : on prescrit des onctions belladonnées.

Le 16, le volume de la tuméfaction atteint celui d'une orange ; le tissu cellulaire voisin et la glande sont atteints. Les douleurs sont lancinantes, la moindre pression est insupportable.

La tumeur est de consistance rénitente, la peau rosée, tendue. Il n'y a pas de fluctuation.

Rien du côté gauche.

Température 39° le matin ; 39°4 le soir.

Nous craignons un phlegmon ; l'iodure a été supprimé.

Compresse de sublimé, grands lavages antiseptiques de la bouche dont l'exploration est impossible.

Le 17, température : 38°5 le matin ; 38°2 le soir.

L'état est stationnaire.

Le 18 : défervescence. Température à 37°.

Les douleurs sont très diminuées.

Le 20, tout est rentré dans l'ordre.

On put alors examiner la bouche : on vit que, à gauche comme à droite, le canal de Sténon est tuméfié, mais plus sensible à droite.

A droite, la partie terminale du canal est indurée. Au niveau de son orifice, la muqueuse est boursouflée, noirâtre et ulcérée. Le cathétérisme, douloureux, est difficile sur une longueur d'un centimètre. Le canal de Sténon est rétréci sur cette étendue.

L'iodure est repris le 21 avec le consentement du malade et continué depuis lors sans aucun accident.

Actuellement, l'hypertrophie légère des parotides, notée à l'entrée du malade, a complètement disparu.

OBSERVATION VI

Observation empruntée à la thèse de CROUTES

(Dûe à l'obligeance de M. le Professeur Agrégé ACHARD)

Poussée de parotidite aiguë au cours de parotidite chronique.

« Le nommé S..., 44 ans, peintre, entre, le 25 septembre 1895 à Lariboisière, pour crises dyspnéïques.

Il est emphysémateux et saturnin (il a eu trois fois des coliques et présente un liseré peu marqué).

Le malade est mis au régime lacté intégral, avec une potion contenant un gramme d'iodure.

Le 28 septembre, il va assez bien, mais se plaint de difficulté à ouvrir la bouche.

Il présente une tuméfaction parotidienne plus marquée à gauche, survenue en vingt-quatre heures, sans fièvre.

On le met en observation par crainte des oreillons.

Le 30 septembre, la tuméfaction parotidienne bilatérale persiste et augmente; l'interrogatoire apprend que ces tuméfactions existent depuis longtemps, et qu'elles n'ont fait qu'augmenter tout en devenant légèrement douloureuses actuellement.

Pathogénie : tuméfaction chronique des parotidites chez un saturnin, subissant une poussée aiguë, dûe probablement à la médication iodurée.

On supprime l'iodure de potassium.

Le 2 octobre : la tuméfaction persiste, mais pas de douleur.

Au commencement de novembre, on reprend l'iodure de potassium, les parotides ne bougent pas ».

M. Achard attribue cette parotidite aiguë à l'action de l'iodure de potassium. Mais, celui-ci repris un mois après n'a, cette fois, aucune action. Et il nous paraît aussi logique d'attribuer la poussée aiguë à l'intoxication par le plomb, qu'à la médication iodurée.

OBSERVATION VII

Observation empruntée à la thèse de GARCIN

(Dûe à l'obligeance de M. le Docteur GANDY)

Poussées de parotidite aiguë et de sous-maxillite. Colique de plomb et paralysie des extenseurs des doigts du côté gauche.

J. V..., 27 ans, peintre décorateur, depuis l'âge de treize ans, entre en janvier 1901, à l'Hôtel-Dieu, pour une colique de plomb, la première.

Il a une paralysie des extenseurs gauches.

Depuis cinq ans, de temps à autre ses parotides sont le siège d'une fluxion qui survient par poussées de trois à quatre semaines.

Les glandes sous-maxillaires sont également prises. Cette tuméfaction est très nette, légèrement douloureuse au palper et, lorsque le malade tourne la tête, il a la sensation pénible de tiraillement rétro-maxillaire.

OBSERVATION VIII

Empruntée à la thèse de THIELEMANS

Parotidite aiguë bilatérale avec colique de plomb et troubles nerveux.

Le nommé T..., âgé de 27 ans, peintre en bâtiments, entre à l'Hôtel-Dieu, le 17 octobre 1894.

Antécédents personnels : peintre en bâtiments depuis l'âge de treize ans.

Fièvre typhoïde à quinze ans, sujet, depuis, a des attaques convulsives passagères.

En août 1893 : il a eu une première crise de coliques.

En juillet 1894 le malade contracte la syphilis, mais ne se soumet à aucun traitement mercuriel.

État à l'entrée : entre pour une nouvelle attaque de coliques : douleurs très vives au niveau de l'épigastre, avec irradiations lombaires, pubiennes, testiculaires.

Ventre très dur et rétracté ; constipation absolue et ayant résisté aux purgatifs, vomissements verdâtres.

Au cœur, prolongement du premier bruit à la pointe.

Pouls dur et ralenti.

Pas d'albumine dans les urines, pas de fièvre.

Le liseré gingival est très marqué, les parotides tuméfiées et douloureuses.

Le 18, le 19 : la constipation et les douleurs abdominales persistent.

Le 20, la constipation et les douleurs s'amendent.

Le 21, l'amélioration s'accroît, et, en examinant à nouveau le malade, on voit que la tuméfaction des parotides a notablement diminué ; néanmoins, elle reste perceptible à la vue, et le toucher la délimite aisément, en même temps qu'il permet d'en apprécier la consistance molle et rénitente. La

palpation provoque de la douleur et les mouvements de la mâchoire sont pénibles.

Si l'on interroge le malade, on apprend qu'il éprouvait déjà depuis trois mois un peu de gêne de la mastication, que, dès cette époque, il avait remarqué du gonflement au-dessous de l'oreille. Il se plaint de sécheresse ordinaire de la bouche et de la gorge.

La région de la glande sous-maxillaire est sensible, surtout à droite, mais les ganglions, évidemment dûs à l'infection spécifique ne permettent pas de mettre en cause l'intoxication saturnine.

Le malade présente d'ailleurs des troubles nerveux variés : plaques d'anesthésie, diminution de la sensibilité thermique, arthralgies, rétrécissement du champ visuel, parésie des extenseurs des doigts.

Etat à la sortie : l'hypertrophie parotidienne qui avait diminué après la crise de coliques est, depuis lors, restée stationnaire.

OBSERVATION IX

Observation empruntés à la thèse de THIELEMANS (Résumée)

Parotidite aiguë bilatérale au cours de parotidite chronique et troubles nerveux.

R..., peintre en bâtiments, 43 ans entre à l'hôpital, le 7 janvier 1895.

Il est peintre depuis l'âge de 30 ans.

Il a eu sa première colique de plomb en 1888.

Depuis trois ou quatre ans, il présente des troubles de la sensibilité, de la parésie des extenseurs.

Léger degré d'alcoolisme.

Etat au moment de l'entrée :

Le malade entre pour une bronchite. Sa température oscille entre 38°6 et 39°2.

Le liseré plombique est des plus nets.

Les gencives ne sont pas douloureuses, les dents sont en assez bon état.

Les parotides sont le siège d'un gonflement plus marqué à gauche. Le gonflement est apparu il y a environ trois mois avec un certain nombre de signes d'intoxication subaiguë : troubles gastriques, fourmillements et douleurs, au niveau des branches montantes du maxillaire inférieur et gêne consécutive de la mastication.

Tous ces accidents persistent pendant huit à dix jours; la parotide cessa d'être douloureux et la tuméfaction diminua, sans cesser d'être appréciable.

Il y a six jours, à l'occasion de la bronchite, la douleur parotidienne est réapparue pour durer deux à trois jours, et, au dire du malade le gonflement se serait prononcé en même temps.

Aujourd'hui on constate, à droite, exactement au niveau

de la glande parotide, un certain degré de tuméfaction ; à gauche, une tuméfaction plus accentuée.

Légère douleur à la pression. La salivation est très abondante.

Etat à la sortie :

La bronchite est guérie.

L'état des glandes est stationnaire.

OBSERVATION X

Observation de M. COMBY

(France Médicale, 1882)

Parotidite chronique. Orchite gauche. Atrophie testiculaire.

Le nommé R..., âgé de 45 ans, manie les sels de plomb depuis vingt-cinq ans, il a été atteint à dix reprises différentes de coliques de plomb.

Il y a deux mois, il aurait eu une colique assez forte, suivie d'albuminurie. Il y a quatre jours, une nouvelle colique plus violente, s'est déclarée, avec constipation opiniâtre et vomissements répétés.

R... se présente à l'hôpital dans un état de faiblesse très marqué, le liseré des gencives est net. Le malade accuse des crampes dans les jambes et dans les mains ; celles-ci ont perdu

leur force et serrent très peu les objets. La sensibilité cutanée est conservée partout.

Arthralgies au niveau des genoux ; douleurs de rein ; urines pâles, abondantes, non albumineuses, ventre très sensible.

Douleur extrêmement vive le long du cordon testiculaire gauche. La pression, même légère, ne peut être endurée.

Le testicule gauche est atrophié et très douloureux à la pression. L'appareil testiculaire droit est normal.

Interrogé sur sa puissance génitale, le malade nous apprend qu'il a perdu depuis longtemps les appétits et les facultés nécessaires à l'accomplissement de ses devoirs conjugaux.

En résumé, nous sommes en présence d'un vieux saturnin, intoxiqué de longue date, et chez lequel les organes génitaux ont été gravement touchés.

Mais ce qui frappe surtout chez cet homme, c'est l'aspect de sa physionomie. Il semble qu'il ait les oreillons, et ces deux glandes parotides, considérablement hypertrophiées, débordent sur l'angle des maxillaires et sur les régions voisines. On palpe très facilement les glandes et on peut s'assurer de leur consistance et de leurs rapports. L'exploration est très facile et sans douleur pour le malade. Il sait que ces grosseurs n'ont pas toujours existé, qu'elles sont relativement récentes, mais il n'en a jamais été incommodé et ne s'est pas intéressé suffisamment à leur développement pour nous donner des renseignements précis à ce sujet.

OBSERVATION XI

Observation empruntée à la thèse de GARCIN

(Dûe à l'obligeance de M. le Docteur GANDY)

Poussées de parotidite aiguë bilatérale sur parotidite chronique. Sous-maxillite, orchite bilatérale.

H..., 35 ans, ferblantier, entre en mai 1902, à l'Hôtel-Dieu.

Antécédents personnels : crises de rhumatisme et aurait été réformé comme bacillaire.

Il a exercé de 19 à 21 ans le métier de ferblantier, de 23 à 27 ans, il a fondu des pains de soudure et a découpé des feuilles de plomb. Nous l'examinons le 7 mai 1902.

Depuis six mois, il présente une tuméfaction bilatérale de la région parotidienne qui se serait développé, d'après lui, en quatre mois. Les parotides sont douloureuses à la palpation, et lorsqu'il mange, il éprouve sous l'oreille une sensation de tension pénible.

Il a fait sur cette double tuméfaction des applications d'onguent napolitain.

Au bout d'un mois, elle a régressé, puis s'est arrêtée à l'état actuel. Il est survenu, à diverses époques, des poussées à début brusque. La grosseur enflait alors très rapidement. Le malade incriminait le froid, les émotions et surtout les prises d'iodure qu'il avait faites à ce moment. Les poussées

ont duré huit à quinze jours. Les douleurs étaient assez vives, irradiant vers les tempes, l'empêchant de dormir la nuit.

Les glandes sous-maxillaires se sont prises, il y a un mois. Cette tuméfaction a regressé au bout de quinze jours.

Dans la bouche, il y a un liseré de Burton très net.

La dentition est médiocre. Pas de gingivité.

Les deux testicules sont gros, durs et légèrement sensibles à la pression. Au bout de quelques jours, ils récupèrent leur volume normal.

Pas d'albumine dans les urines.

Le malade présente tous les petits signes du brightisme et de l'éthylisme.

Il n'a jamais eu ni coliques, ni paralysies.

OBSERVATION XII

Observation empruntée à la thèse de THIELEMANS

Parotidite chronique avec poussées d'orchite aiguë bilatérale.

Atrophie du testicule droit.

R... Fabien, âgé de 34 ans, rentre le 28 novembre 1894 pour une première attaque de rhumatisme aigu.

Une tuméfaction bilatérale du visage attire le regard et fait rechercher la profession du malade. On apprend qu'il exerce la profession de typographe depuis 1878.

Il a un liseré gingival.

Il n'a jamais eu de colique de plomb.

Cependant, il a éprouvé assez souvent des fourmillements dans les mains et les jambes et, à plusieurs reprises, il a présenté des phénomènes du côté des testicules.

En 1889, il fut pris brusquement d'une orchite double, mais beaucoup plus marquée à droite, sans qu'aucune cause, blennorragie, traumatisme, pût en expliquer l'apparition.

Il entra à l'hôpital de Versailles. Là, le gonflement des régions parotidiennes attira l'attention et on crut tout d'abord aux oreillons. L'absence de phénomènes marqués, fit rejeter ensuite le diagnostic.

L'année suivante, il eut une nouvelle poussée du côté des testicules, avec même prédominance à droite, sans que l'on pût davantage en expliquer la cause.

Actuellement, le testicule droit est un peu plus mou, plus sensible et notamment plus petit que le gauche, qui paraît normal.

Les parotides n'ont jamais été douloureuses.

OBSERVATION XIII

Observation empruntée à la thèse de THIELEMANS

(Dûe à l'obligeance de M. le Docteur P. MARIE,

Médecin des Hôpitaux)

*Parotidite aiguë bilatérale. Orchite subaiguë bilatérale.
Atrophie testiculaire, mastite.*

Tout..., 28 ans, travaille comme peintre depuis l'âge de 13 ans.

Première colique en juin 1883, deuxième en mai 1884. Les parotides ont gonflé pour la première fois vers le 15 septembre; le malade s'est aperçu que cette région était gonflée; il éprouvait un peu de gêne pour ouvrir la bouche sans que cela l'ait jamais empêché de mâcher comme d'habitude. Absolument jamais de douleur dans les régions parotidiennes. Absolument pas de fièvre à cette époque, la fièvre n'est survenue qu'il y a quinze jours lorsqu'il a été pris de douleurs articulaires.

Les parotides sont restées ainsi grosses pendant six semaines en diminuant peu à peu de volume : le 1^{er} novembre, le malade dit que ses régions parotidiennes avaient à peu près repris leur volume normal.

Jamais les testicules n'ont été enflés.

Jeudi dernier, 11 décembre, les régions parotidiennes ont recommencé à enfler et n'ont pas été douloureuses, elles ne le sont nullement aujourd'hui. Aucune trace de rougeur inflammatoire : le malade n'en a non plus jamais constaté.

Vers la même époque, dans les testicules, a existé une sensation de serrement (pas de douleur véritable); les testicules n'ont pas été enflés, ils sont seulement un peu plus mous et le malade dit que depuis cette époque il lui semble qu'ils sont diminués de volume (ont toujours été petits), la palpation en est absolument indolore.

Depuis jeudi, il n'y a eu absolument aucun état fébrile. Déjà en septembre 1883, lors de sa première colique, le malade a constaté du côté des seins des picotements (comme une aiguille dans le mamelon) et les a toujours éprouvés depuis sans qu'aucun gonflement, ni aucune douleur véritable se soient jamais montrés à ce niveau.

OBSERVATION XI

Empruntée à la thèse de L. LEJEUNE

« Saturnisme aigu et chronique. Troubles de la miction »

Thèse de Paris, 1881, n° 177 (Résumée)

Rétention d'urine au cours d'une colique de plomb. Hémiplégie avec hémianesthésie et amaurose du côté droit.

X..., âgé de 54 ans, entre à l'hôpital le 26 octobre 1880 pour une colique de plomb.

Il travaille depuis quinze ans, à la manufacture de céruse de Clichy. Pas de blennorrhagie dans ses antécédents.

Les premières coliques de plomb remontent en 1869.

Il en a présenté quatre; au cours de l'une d'elles, la deuxième, il a eu une hémiplégie avec hémianesthésie.

Pas de troubles urinaires.

La crise présente s'accompagne aussi d'une hémiplégie et hémianesthésie avec amaurose, le tout du côté droit.

Nous voici maintenant au point essentiel de notre ob-

servation : Subitement, sans aucun phénomène préalable, du moins apparent, le malade, vers le 10 novembre, vit survenir une rétention d'urine complète. Les efforts qu'il faisait pour uriner n'aboutissaient à aucune expulsion. Le sondage fut pratiqué. La sonde s'arrêta au niveau de la prostate, sans qu'aucun effort pût la faire pénétrer. Toutefois, cet arrêt n'était dû qu'à un spasme car, quelques instants d'attente lui permirent de continuer son trajet et de pénétrer commodément dans la vessie, qu'on put ainsi vider.

L'externe continua les sondages pendant plusieurs jours. Puis, le malade les fit lui-même. Ainsi, pendant une dizaine de jours le malade ne put parvenir par ses seules contractions à expulser une seule goutte d'urine. La vessie était comme frappée de paralysie.

Le 3 décembre, le malade commençait à uriner sans sondage, mais il devait encore se sonder à de rares occasions.

A cette époque, la miction ne se faisait qu'après de gros efforts et en quatre à cinq fois, le malade s'arrêtant comme pour reprendre haleine. L'urine tombait sans force et sans projection, et avec une légère divergence du jet.

Cette amélioration continua, et le 12 décembre, le malade urinait sans qu'il eût besoin de sondage. Le jet toutefois restait bifide et sans force.

M. Lejeune conclut à une paralysie vésicale. Pour n'avoir pas de doute, il pratiqua un toucher rectal et trouva le

lobe droit de la prostate normal ou plutôt rapetissé, le lobe gauche presque doublé de volume.

Le toucher rectal ne fut pas douloureux et eut lieu au moment où les symptômes étaient presque totalement disparus. Ce qui démontre, dit M. Lejeune, que cette légère hypertrophie était incapable d'entrer en cause pour expliquer les phénomènes de rétention observés, car, dans ce cas, ils n'auraient pu disparaître, tandis que l'obstacle existait toujours.

Du reste, l'absence de douleur exclut l'idée d'une poussée inflammatoire de la prostate qui aurait pu momentanément apporter à l'écoulement de l'urine un obstacle en rapport avec ses variations de volume.

De plus, consistance plutôt fibreuse du lobe, donc hypertrophie sénile.

Nous pouvons donc hardiment conclure dans ce cas à une paralysie vésicale d'origine saturnine.

OBSERVATION XV

Observation du Docteur JACOB

(Mémoires de Médecine, de Chirurgie

et de Pharmacie militaires, 3^e série, t. XXXI, page 560, 1875)

Parotidite suppurée chez un saturnin.

« Nous avons pu voir, dit le Docteur Jacob, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Brouardel, un vieillard entré pour une parotidite qui fut suivie de suppuration.

Or, à n'envisager que la tumeur, on eût pu s'y méprendre. Mais l'examen du malade fit voir qu'il y avait chez lui, les signes de pneumonie en voie de résolution au sommet gauche. En outre, on avait affaire à un saturnin de vieille date, car cet homme portait sur sa physionomie l'empreinte de la cachexie saturnine, et il lui restait encore un certain degré de parésie dans les muscles de l'avant-bras ».

OBSERVATION XVI

Observation du Docteur FAVREL

(Orchite saturnine)

Journal de Médecine et de Chirurgie pratique, 1886)

Orchite gauche isolée chez un saturnin.

Le Docteur Favrel examina, le 14 décembre 1885, un malade, peintre en bâtiments, qui éprouvait de très vives douleurs du côté du testicule gauche.

« A la palpation, dit-il, on constate que le testicule a presque triplé de volume. L'épididyme n'est pas douloureux. Tumeur rénitente, élastique, sans fluctuation. La douleur est vive depuis le 11 décembre.

Comme antécédents personnels, blennorrhagie en 1871, suivie d'orchite légère.

Pas de syphilis, pas de tuberculose, pas de blennorrhagie actuelle.

Jamais de colique de plomb, mais le liseré saturnin existe.

Je pensai que je me trouvais en présence d'une manifestation testiculaire de l'intoxication saturnine. Cette orchite était guérie le 31 décembre.

Beaucoup de ses camarades se plaignaient souvent du côté des testicules.

Ce malade n'avait pas de parotidite ».

OBSERVATION XVII

Observation de MAC CORD et MISTER

(The Journal of the American Medical Association, 1924)

(Résumée)

Orchi-épididymite droite; parotidite bilatérale subaiguë chez un saturnin.

J. M..., né en 1892, travaille depuis huit ans dans une manufacture où il fait usage de produits renfermant du plomb.

Auparavant, il était peintre.

Le jour où nous l'examinons, ce malade ressentit brusquement une douleur violente dans la moitié droite du scrotum et dut abandonner son travail.

A ce moment, il ne souffrait pas ailleurs.

Il présentait un liseré de plomb très net; il s'est plaint de céphalées frontales.

Par moments, nous a-t-il dit, il manquait d'appétit et souffrait de constipation.

Sa femme a fait deux fausses-couches.

Le testicule droit est gros et tendu. Il n'y a pas d'écoulement urétral. Le gonflement est symétrique, il atteint à la fois le testicule et l'épididyme et remonte à une certaine hauteur le long du cordon.

A aucun moment il n'y a eu de signes de suppuration.

Le Laboratoire a montré que l'urine renfermait 0 gr. 47 de plomb pour un million de litres.

Le sang contenait des globules rouges ponctués.

Le nombre des globules blancs était de 11.200, celui des globules rouges de 6.400.000.

Hémoglobine, 92 pour 100.

Du sulfite de sodium appliqué sur le corps vira au noir, indiquant l'élimination du sulfure de plomb par les téguments.

Le Wassermann était négatif.

Le malade fut hospitalisé et 24 heures après il présenta une colique de plomb typique.

L'orchite et l'épididymite devinrent plus accusés mais ne changèrent pas de caractère.

On donna de l'iodure de potassium pour faire éliminer le plomb.

Vers le cinquième jour, le malade se plaignit de douleurs frontales périorbitaires.

Plus tard, un léger degré de gonflement et de tension au niveau des parotides survint, puis le traitement étant continué, au bout de quatorze jours tout rentra dans l'ordre; les premiers accidents survenus furent guéris les premiers.

Pendant qu'on rapoportait cette observation, les mêmes auteurs observèrent un cas analogue. Mais cette fois, en même temps que la colique de plomb, il y avait une orchite et une épididymite bilatérales.

OBSERVATION XVI

(Personnelle)

*Parotidite, orchite et prostatite aiguës au cours d'une
colique de plomb*

Henri J..., âgé de 37 ans, travaille depuis son adolescence dans la serrurerie, où il se sert fréquemment de peinture au minium. Il avoue avoir des habitudes éthyliques.

Bien portant jusqu'en 1911, il fut opéré à cette époque pour une crise d'appendicite. En mars 1914, il eut une première crise de colique de plomb bien caractérisée. Il interrompit son métier à la mobilisation et pendant toute la guerre n'eut aucune maladie; il fut blessé à la tête et subit une trépanation dont on trouve la trace sous forme d'une petite perte de substance osseuse dans la région pariéto-occipitale droite. A la suite de cette blessure, le malade présente des troubles comitiaux à début brachial gauche, se généralisant secondairement.

Au retour de la guerre, il reprit son métier et bientôt il eut une seconde crise de colique de plomb. Depuis 1919, ces

crises se sont répétées à intervalles inégaux, à six reprises. Au cours de l'une d'elles, en 1925, apparurent simultanément un gonflement parotidien bilatéral et une paralysie radiale; la parotidite disparut complètement en dix à quinze jours, mais se reproduisit depuis à chacune des nouvelles crises; la paralysie radiale régressa incomplètement, laissant persister des troubles fonctionnels atténués, mais elle aussi subit une recrudescence à l'occasion de chaque crise nouvelle.

La crise actuelle, la huitième, a débuté le 11 décembre 1928. En se rendant à son travail, J... s'est senti fatigué et a ressenti une douleur vive dans la fosse iliaque droite, avec irradiations dans la bourse et la cuisse droites. Pendant quatre jours, cette douleur est restée modérée, s'accompagnant de constipation, mais n'empêchant pas le malade d'aller et venir.

Le 15 décembre, la crise prend subitement une acuité extrême : la douleur abdominale, diffuse, violente, continue, subit plusieurs fois par jour des exacerbations paroxystiques excessivement pénibles, durant une demi-heure à trois heures, pendant lesquelles le malade est en proie à une excitation nerveuse très violente; il crie, il se débat, il frappe son entourage et tente même une fois de se tuer en se cognant violemment la tête contre un mur. La constipation est absolue, l'intolérance gastrique complète; les vomissements alimentaires, puis bilieux se répètent incessamment. En outre, le malade souffre vivement de la bourse droite qui se tuméfie et double

de volume. Il éprouve une dysurie très accentuée, avec envies fréquentes et impérieuses d'uriner.

Ces symptômes sont si accusés que lorsque son médecin est appelé, il porte le diagnostic d'étranglement herniaire et l'envoie immédiatement à l'hôpital, dans un service de chirurgie. Là, on est frappé par la présence d'une tuméfaction des parotides et sa coexistence avec une orchite on pense qu'il s'agit d'une orchite ourlienne, et on transfère le malade dans le service de M. le Docteur Laederich.

Nous l'examinons le 19 décembre. Il est encore très agité, tantôt couché en chien de fusil, tantôt accroupi dans son lit, se plaignant de douleurs abdominales intolérables, et parlant de se tuer si on ne le soulage pas. Son faciès est pâle; l'expression anxieuse est encore accrue par une exophtalmie notable, que le malade affirme être congénitale et familiale, et qui, en effet, ne s'accompagne d'aucun symptôme basedowien.

On est frappé, dès le premier abord, par une tuméfaction des deux parotides qui sont doublées de volume, de consistance très ferme, mais indolores à la palpation, et recouvertes par une peau normale; les orifices des canaux de sténon ne sont pas rouges, les glandes sous-maxillaires et sublinguales ne sont pas modifiées; il n'y a pas de trismus. La langue est saburrale, les gencives montrent un léger liseré de Burton.

L'abdomen est plat; le malade y accuse des douleurs

spontanées diffuses, sensations de torsion extrêmement pénibles dont le maximum occupe l'ombilic et la fosse iliaque droite, avec irradiations vers le périnée, la bourse et la cuisse droites. La palpation superficielle est très douloureuse et provoque une contracture de défense invincible; la palpation profonde soulage plutôt légèrement, la matité hépatique a totalement disparu, bien qu'il n'y ait aucun météorisme abdominal apparent. L'exploration des orifices herniaires est négative.

Les bourses ont un volume et un aspect normaux, la tuméfaction constatée par le malade les jours précédents a disparu.

Mais le testicule et l'épididyme droits sont encore excessivement douloureux à la moindre pression; le méat urinaire est sain, pas de gonococcie.

Le malade accuse encore des envies très fréquentes et impérieuses d'uriner; les urines sont limpides et atteignent près d'un litre en vingt-quatre heures; elles contiennent des traces d'albumine.

Au toucher rectal, la prostate semble de volume normal, mais elle est excessivement douloureuse.

Le pouls est petit, dur, en fil de fer; il bat à 80.

La tension artérielle au Vaquez atteint 23,5-10,5.

Le cœur est normal, ainsi que le poumon.

L'apyrexie est complète.

L'examen du sang montre une azotémie à 1 gr. 70 pour 1000, une légère anémie (4.500.000 globules rouges, 65 pour

100 d'hémoglobine) et une leucocytose à 20.000 avec légère polynucléose. Pas d'hématies ponctuées.

L'examen du système nerveux montre l'absence de tout signe méningé; mais il révèle l'existence de la paralysie saturnine, dont nous avons signalé le début au cours d'une colique de plomb en 1925 et les recrudescences à chaque nouvelle crise. Il s'agit d'une paralysie à type antibrachial, bilatérale, mais plus accentuée à droite; elle atteint le territoire du radial, en respectant le long supinateur; mais le cubital n'est pas indemne, les inter-osseux sont touchés, le malade ne peut allonger les deux dernières phalanges sur la première; le médian est aussi atteint car l'opposition du pouce au cinquième doigt est impossible et l'opposition du pouce à l'index se fait avec une force très diminuée.

En présence de ce tableau clinique, nous rejetons tout diagnostic d'affection chirurgicale, aussi bien que d'oreillons et affirmons qu'il s'agit d'une colique de plomb, avec une symptomatologie particulièrement complète, et exceptionnellement enrichie de manifestations glandulaires parotidiennes, orchitique et prostatique.

Un purgatif énergique et du miel soufré sont aussitôt administrés. Dès le lendemain, nous trouvons le malade très soulagé; dès que la purgation a agi, les douleurs et les vomissements ont cessé, la matité hépatique a reparu.

En quelques jours, tout rentre dans l'ordre; la tension artérielle retombe de 23,5-10,5, à 17-10, puis à 12-8. L'azo-

témie, qui était de 1 gr. 70 le 19 décembre, redescend à 1 gr. 25 le 21 et à 0 gr. 30 le 29 décembre.

Les manifestations glandulaires s'effacent simultanément, l'hypéresthésie du testicule et de la prostate disparaît en trois jours; le gonflement des parotides diminue plus lentement, mais finit par se résorber totalement en une quinzaine de jours.

A sa sortie de l'hôpital, le malade ne conserve plus que la légère impotence liée à sa paralysie antibrachiale.

Il reste bien portant pendant une dizaine de jours, travaille de nouveau pendant trois jours, sans toutefois se servir de peinture, puis subitement le 21 février 1929, le malade est pris de douleurs lombaires, d'arthralgies au niveau des genoux, les bourses sont de nouveau douloureuses. Il existe une fièvre légère à 38°.

Le lendemain, il rentre à l'hôpital et présente à ce moment une nouvelle colique de plomb en tout semblable à celle que nous avons décrite. Douleurs intenses avec paroxysmes, irradiant vers les cuisses et les bourses qui sont douloureuses et augmentées de volume. Des vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux, arrêt des matières, les gaz continuant à passer. Le ventre est plat, la palpation profonde calme un peu la douleur.

Il y a de la dysurie et on doit sonder le malade.

Simultanément, les parotides sont le siège d'une importante tuméfaction, mais indolores.

La fièvre a disparu très rapidement.

En outre, le malade se plaint de douleurs accusées au niveau du genou droit.

Le Dimanche matin 24 février, nous trouvons le malade dans un état de somnolence, de torpeur, répondant mal aux questions, avec tendance à se rendormir dès que l'on ne retenait plus son attention. On nous apprend que, dans la nuit, il avait présenté des phénomènes d'excitation et des convulsions.

Le poulx est tendu, en fil de fer. Il y a un clangor du 2^e bruit; la tension artérielle prise le 23 février est à 21-10.

Il n'y a pas d'albumine, ni de sucre dans les urines, mais l'examen du sang montre le 23 février une urée à 1 gr. 05.

Sous l'influence de la thérapeutique, chlorhydrate de morphine, miel soufré, lavements, la crise de colique de plomb prend fin au bout d'une dizaine de jours.

Cependant l'urée est encore à 0 gr. 81 le 5 mars.

à 0 gr. 80 le 12 mars.

à 0 gr. 50 le 26 mars.

à 0 gr. 55 le 2 avril.

à 0 gr. 70 le 11 avril.

à 0 gr. 60 le 29 avril.

La tension artérielle, par contre, est revenue à la normale : elle est à 12-6 le 5 mars; à 12-8 le 20 mars.

Les parotides sont redevenues normales.

Les bourses et les testicules ne sont plus douloureux et paraissent normaux.

Interrogé sur sa puissance génitale, le malade ne peut nous fournir à ce sujet aucune précision intéressante.

La paralysie des extenseurs régresse.

Un examen électrique pratiqué montre qu' « il existe des deux côtés une hypoexcitabilité faradique des extenseurs des doigts avec réponse assez vive aux points moteurs, mais lenteur par excitation longitudinale surtout avec des courants progressifs = R. D. partielle.

A l'examen clinique : triceps et long supinateur sont pratiquement indemnes ».

Et le malade sort de l'hôpital le 29 avril apparemment guéri, sauf en ce qui concerne ses parésies de l'avant-bras qui, d'ailleurs, sous l'influence du traitement électrique appliqué paraissent s'améliorer de façon notable et rapide.

NOTA. — La première partie de cette observation a déjà été communiquée à la Société Médicale des Hôpitaux par MM. L. Laederich et G. Poumeau-Delille (Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris. Séance du 15 février 1929, page 292).

Symptomatologie

De par la lecture de ces observations, on se rend compte que les manifestations glandulaires aiguës au cours du saturnisme ne sont pas si rares qu'on pourrait le penser au premier abord. Elles peuvent porter sur les parotides, les sous-maxillaires, les testicules, les glandes mammaires et même la prostate.

Tantôt elles surviennent comme un accident isolé de l'intoxication : ce fait n'est cependant pas la règle. On conçoit d'ailleurs que, dans ces cas, le diagnostic en soit extrêmement difficile à poser et que les erreurs soient fréquentes.

Le plus souvent, ces manifestations coexistent avec d'autres symptômes du saturnisme ; en particulier, elles surviennent au cours de la colique de plomb ou chez un malade présentant une atteinte manifeste du système nerveux : parésies, paralysies.

Plusieurs atteintes glandulaires simultanées peuvent enrichir le tableau clinique, mais, de toutes, la plus fréquente est la parotidite. Qu'il s'agisse de parotidite aiguë passagère, uni ou bilatérale que traduisent la douleur, le gonflement, la rougeur du canal de Sténon, chez un malade non fébrile le

plus souvent; cette parotidite disparaissant sans laisser de traces; ou bien qu'il s'agisse de poussées aiguës ou subaiguës au cours d'une parotidite chronique dont on peut se demander si celle-ci n'est pas, dans certains cas, l'aboutissant.

La parotidite saturnine peut-elle aboutir à la suppuration ? Nous ne le pensons pas. L'observation du Docteur Jacob est la seule qui pourrait autoriser cette hypothèse, mais le malade en question présentait une pneumonie du sommet.

Mais elle s'accompagne parfois de sous-maxillité dont l'atteinte se traduit par une symptomatologie et une évolution analogues à celles de la parotidite, encore que la sous-maxillité chronique n'ait pas été signalée, à notre connaissance, parmi les symptômes de l'intoxication saturnine.

A côté de l'atteinte des glandes salivaires, nous devons faire une place importante à l'orchite saturnine. Son existence n'est encore pas classique, puisque des thèses remarquables ne la signalent pas; cependant nous en rapportons quelques exemples indiscutables. C'est, en général, d'une orchite qu'il s'agit, mais l'épididyme peut être atteint, de même que le déférent; la lésion est uni ou bilatérale. La douleur spontanée et provoquée, l'augmentation de volume du testicule montrent assez qu'il s'agit bien là d'une orchite vraie, bien différente de la simple propagation vers les bourses de la douleur de la colique de plomb. L'atteinte de la glande est passagère, sans tendance aucune à la suppuration, ne s'accompagne pas de fièvre et la résolution est la règle en

quelques jours. Mais peut-être est-elle à l'origine des cas d'atrophie testiculaire, avec impuissance, souvent signalés chez les saturnins.

Elle coexiste parfois avec la parotidite, simulant alors à s'y méprendre une orchite ourlienne et soulevant une fois de plus le problème des relations des deux glandes dont la synergie pathologique se retrouve en particulier dans cette maladie infectieuse.

Une seule des observations recueillies signale la mastite chez l'homme. De simples douleurs ressenties au niveau de la glande mammaire ne nous permettent d'établir une symptomatologie de l'affection. Mais rien ne s'oppose à l'hypothèse de mastites possibles au cours de l'intoxication par le plomb puisque nous savons que ce poison s'élimine par le lait.

Quant à la prostatite, seule notre observation personnelle la relate. Nous ne savons pas qu'elle ait encore été signalée dans la littérature médicale, au cours de l'intoxication par le plomb, mais peut-être faut-il attribuer ce fait à une insuffisance d'examen. Chez notre malade, la prostate n'était pas augmentée de volume, mais était extrêmement douloureuse et il nous souvient combien ce toucher rectal fut pénible pour le malade.

Dans la thèse de Lejeune qui traite des troubles de la miction au cours de l'intoxication saturnine aiguë ou chronique, nous n'avons trouvé qu'une observation où le toucher rectal fut pratiqué et encore le fut-il à une période tardive de

la maladie. Et il n'est pas trop osé, à notre avis, d'émettre cette hypothèse que la dysurie des saturnins peut être due à une prostatite méconnue.

On voit, d'après ce court aperçu, le polymorphisme des accidents glandulaires aigus au cours du saturnisme, la multiplicité des atteintes possibles. Nous n'avons pu réunir qu'un petit nombre d'observations. Les faits signalés ne sont sans doute pas fréquents, mais cela tient peut-être à ce que notre attention n'est pas attirée de ce côté et nous serions heureux si notre petit travail pouvait inciter les chercheurs dans ce sens.

Evolution et Pronostic

L'intérêt de recherches complètes serait surtout d'ordre pathogénique.

En effet, le pronostic de ces accidents divers nous semble bénin, du moins quant au pronostic immédiat. Toutefois, ils témoignent d'une intoxication profonde de l'organisme; ils apparaissent chez des saturnins de longue date et s'associent à d'autres manifestations telles que colique de plomb, paralysies des muscles de l'avant-bras.

Nous avons vu, de plus, qu'ils pouvaient se répéter, se reproduire par poussées chez un même malade et nous nous sommes demandé s'ils n'étaient pas à l'origine des lésions permanentes des glandes souvent signalées; si la parotidite chronique ou l'atrophie testiculaire n'en étaient pas l'aboutissant. Et il nous paraît logique de l'admettre.

L'hypertrophie parotidienne est fréquente et classique; l'atrophie testiculaire est signalée dans plusieurs observations. Et si la parotidite chronique n'a guère qu'un inconvénient esthétique, il n'en est pas de même pour l'atteinte testiculaire qui entraîne l'impuissance et la stérilité.

Il serait bon de suivre longtemps ces malades pour pouvoir baser notre hypothèse sur un nombre plus important de cas et si le fait se confirmait de l'atrophie fréquente de la glande génitale à la suite de ces poussées aiguës notre pronostic en serait, certes, fort assombri.

Diagnostic

Nous serons brefs sur le diagnostic.

S'agit-il de parotidite aiguë isolée ? Le diagnostic ne sera guère possible que si l'on pense à rechercher l'intoxication. Dans le cas contraire, on passera en revue toutes les causes de parotidite et on pensera avant tout aux oreillons, mais alors la tuméfaction serait bilatérale, s'accompagnerait de fièvre avec bradycardie ; plus rarement on incriminera les autres infections : typhique, scarlatineuse par exemple, et l'on retrouvera les symptômes de ces différentes maladies.

Est-on en présence d'une orchite isolée ? chez un saturnin il faudra toujours penser à son origine toxique, en particulier si elle ne s'accompagne pas, ou n'est pas précédée par un écoulement de nature blennorragique, si le malade est apyrétique.

On éliminera encore l'orchite tuberculeuse à début brusque qui a surtout une localisation épididymaire.

L'orchite colibacillaire qu'accompagne tout un syndrome infectieux inhérent à la maladie générale.

Enfin, on évitera l'erreur avec un étranglement herniaire lorsqu'il y aura coexistence d'orchite et de colique de plomb.

Mais le diagnostic le plus intéressant est celui que pose la présence simultanée d'une parotidite et d'une orchite chez un même malade. La première idée, qui vient à l'esprit dans ce cas est celle d'orchite ourlienne, mais celle-ci ne va pas sans une note infectieuse parfois impressionnante. Cependant, le diagnostic ne sera pas fait si l'on ne pense pas à l'intoxication.

On voit donc qu'importera avant tout le diagnostic étiologique des accidents glandulaires constatés. Facile, si d'autres symptômes connus et classiques du saturnisme les précèdent ou les accompagnent, difficile s'ils sont isolés, si les autres manifestations déterminées par le plomb ne frappent pas à première vue. Il importera donc de savoir qu'ils peuvent exister et de rechercher avec soin de petits signes tels que liseré de Burton, parésie des extenseurs des doigts pour les rattacher à leur cause véritable.

Et à ce propos, nous rappellerons les deux signes recommandés par Destrée (*Journal de Médecine et de Chirurgie de Bruxelles*, 1894) pour se rendre compte de l'état d'imprégnation plombique :

Le badigeonnage de la peau par un sulfure alcalin détermine une coloration noirâtre de l'épiderme, due à la formation de sulfure de plomb.

La pression sur l'articulation de l'appendice xyphoïde avec le sternum, provoque une douleur très aiguë par suite

de la présence, à cet endroit, d'une zone étroite, très limitée, d'hyperesthésie chez les saturnins.

Quant au diagnostic de la prostatite qui entraîne dysurie ou rétention, il se posera avec la paralysie vésicale signalée au cours du saturnisme. Et nous insisterons de nouveau sur l'importance du toucher rectal seul capable de trancher la question.

Nous mettrons enfin à part un point délicat de l'étiologie de la parotidite aiguë chez les saturnins. L'iodure de potassium est une médication classiquement employée et certains auteurs sont portés à attribuer la parotidite dans ces cas, non au plomb mais à l'iodure de potassium. Nous connaissons l'existence d'oreillons iodiques, mais le fait que la médication continuant à être employée, la parotidite guérit, nous paraît un argument suffisant pour incriminer le plomb seul dans son étiologie. Tout au plus, l'iodure pourrait-il être une cause occasionnelle ?

Traitement

Localement, le traitement sera uniquement symptomatique : Onctions avec un liniment calmant.

On agira surtout contre l'intoxication par les médications classiques employées dans le saturnisme.

S'il existe une colique de plomb concomitante le miel soufré

Miel	}	a à 50 gr.
Soufre		

sera administré à la dose de deux cuillerées à soupe par jour dans les cas graves en même temps que de la belladone à hautes doses. On luttera contre l'intoxication chronique par le soufre, la limonade sulfurique, les bains sulfureux,

les sudorifiques : le jaborandi ;

les cholagogues pour favoriser l'élimination du plomb par la bile.

On évitera l'iodure de potassium en cas de parotidite.

Mais on ne perdra pas de vue que le traitement de saturnisme et de ses accidents est avant tout prophylactique, par une hygiène bien comprise.

Nous signalerons enfin qu'un médicament nouveau, l'a-

cétylcholine est en faveur depuis quelque temps, dans le traitement de la colique de plomb. Il ne nous semble pas qu'il puisse avoir une action particulière dans les cas d'accidents glandulaires.

Pathogénie

Par quel mécanisme expliquer ces atteintes pluriglandulaires ? Nous ne possédons aucun document anatomo-pathologique concernant la question. A peine existe-t-il deux ou trois examens portant sur la parotidite chronique et concluant surtout à l'existence d'une prolifération du tissu conjonctif due à une inflammation interstitielle.

Les accidents aigus ont échappé jusqu'ici à cet ordre d'investigations et cela d'autant mieux qu'on n'a pas pu les produire chez l'animal au cours de l'intoxication expérimentale.

Que nous apprennent la physiologie pathologique et la chimie ?

Le plomb, introduit dans l'organisme principalement par les voies digestives serait fixé, après avoir provoqué une violente réaction leucocytaire, par les globules blancs. Ceux-ci l'entraîneraient en grande partie au niveau du foie et on sait, en effet, que le plomb est éliminé en majeure partie par la bile.

Le rein en contiendrait une assez grande proportion bien que l'urine des saturnins n'en renferme jamais, pratiquement, que des quantités pour ainsi dire impondérables.

Et nous savons que le foie et le rein sont deux organes fortement lésés au cours du saturnisme.

La salive des saturnins contient-elle du plomb, autrement dit les glandes salivaires jouent-elles un rôle dans l'élimination du toxique ? Le fait nous paraît indéniable, bien que des expériences et des recherches bien conduites aient parfois abouti à des résultats contradictoires.

M. Pouchet (*Bulletin de l'Académie des Sciences*, 1879) signale qu'il a trouvé du plomb dans la salive des saturnins, chez trois malades différents : toutefois en trop petite quantité pour être dosé.

Vers la même époque, Spillmann à l'aide d'une injection de pilocarpine, parvint à doser 0 gr. 00325 de plomb dans la salive d'un malade, saturnin, sur une quantité de salive de 315 grammes.

En 1883, MM. Ellenberger et Hofmeister expérimentant sur des moutons auxquels ils injectaient de l'acétate de plomb trouvèrent le toxique de façon nette dans la salive.

M. Binet cependant, dans sa thèse, en 1884 fait des réserves quant à l'élimination du plomb par cette voie.

En 1897 (*Compte rendu de la Société de Biologie*), M. Rénon dit avoir trouvé deux fois ce métal dans les glandes salivaires de cobayes intoxiqués. Il avait opéré sur dix cas. Le plomb était en quantités indosables.

En 1899, M. Apert (*Société Anatomique*) dit n'avoir pas

découvert du plomb dans la parotidie d'un saturnin dont il eut l'occasion de faire l'autopsie.

La même année, M. Petit rapporte une observation que nous reproduisons, d'un malade atteint de parotidite aiguë et chez lequel la salive contenait une certaine quantité de plomb.

Et d'ailleurs pourquoi ne pas admettre le rôle des glandes salivaires dans l'élimination du plomb alors que d'autres toxiques, tels que le mercure, le cuivre, l'iode empruntent cette voie ?

Si les recherches n'ont pas toujours donné des résultats nets et concluants, c'est qu'elles sont extrêmement délicates, dit M. Meillère dans sa thèse et que, d'autre part, il faut compter avec l'existence dans l'organisme sain d'une certaine quantité de plomb normal.

Le toxique s'élimine donc par salive comme d'ailleurs par la sueur et ce dernier fait étant classique, nous n'y insisterons pas.

Nous rappellerons simplement que, depuis les recherches de Balland « Influence du saturnisme sur la marche de la grossesse, le produit de conception et l'allaitement » Thèse de Paris, 1896, il est démontré que le plomb s'élimine par la glande mammaire et que le lait d'une saturnine en contient, que l'enfant dans ce cas peut l'absorber et présenter des symptômes de saturnisme héréditaire.

De même, le toxique peut atteindre le fœtus in utéro,

puisqu'il passe à travers le placenta et a été retrouvé dans le corps de l'enfant.

Voilà deux façons bien différentes d'expliquer le saturnisme héréditaire. Il en est encore une troisième et l'on sait, en effet, que l'influence du père sur le produit de la conception est du même ordre que celle de la mère. Le saturnisme seul du père suffit à expliquer les lésions héréditaires dues à l'intoxication et retrouvées chez l'enfant. La grossesse d'ailleurs est souvent troublée, les avortements, les accouchements prématurés y sont d'observation fréquente.

Si l'on conçoit aisément l'action du saturnisme maternel, celle de l'intoxication paternelle nous paraît plus difficile à expliquer. On ne peut, en effet, incriminer la trop infime quantité de plomb que peut renfermer le sperme et on doit se borner à émettre l'hypothèse que les cellules de la lignée séminale sont profondément atteintes dans leur structure intime.

Le testicule est, à notre avis, atteint de façon constante chez les saturnins et nous sommes persuadés qu'une certaine quantité de plomb se fixe dans cette glande et même s'élimine par le sperme. Nous ne connaissons aucune recherche faite dans ce sens. M. Meillère qui étudie la présence du plomb dans tous les tissus de l'organisme, a laissé de côté — à notre grand regret — les glandes génitales.

De même, pensons-nous que le plomb puisse s'éliminer par la prostate et y provoquer des lésions inflammatoires.

Nous admettons donc la présence et l'élimination par les parotides, les sous-maxillaires, la glande mammaire, les testicule et la prostate, du plomb introduit dans l'organisme. Par quoi sont provoquées les poussées aiguës que nous avons observé ?

Nous rejeterons l'hypothèse de Claisse et Dupré suivant laquelle il y aurait d'abord atteinte directe de la glande par le toxique, puis infection ascendante par les canaux excréteurs, infection qui se produirait aisément dans des tissus en état de moindre résistance.

Si cette opinion pourrait expliquer la parotidite aiguë, elle nous semble ne pas pouvoir s'appliquer au testicule et à la prostate. De plus, s'il y avait infection microbienne pourquoi les lésions n'aboutiraient-elles pas — au moins dans quelques cas — à la suppuration ? Or, le fait n'a pas été observé.

Nous rattacherons donc à l'étiologie purement toxique, à l'action unique du plomb sur ces glandes, les accidents que nous avons constatés ; ce n'est là qu'une hypothèse et sa vérification nous paraît impossible, mais elle nous paraît vraisemblable.

Qu'il survienne un surcroît d'absorption de plomb dans l'organisme, une sorte d'intoxication aiguë au cours d'une intoxication chronique, alors que foie et reins sont fortement lésés, ou qu'une autre voie d'élimination se trouve fermée : le tube digestif, par exemple, dans la colique de plomb, le

plomb devra être éliminé par les voies glandulaires. D'où une réaction leucocytaire importante au niveau de ces organes, poussée fluxionnaire douloureuse, congestive, à laquelle il nous semble logique d'attribuer les manifestations que nous avons décrites.

Conclusions

- I. — Les manifestations glandulaires aiguës au cours du saturnisme, tout en étant rares, ne sont pas exceptionnelles.
- II. — Elles portent sur les glandes parotides, les glandes sous-maxillaires, les testicules, la glande mammaire et la prostate.
- III. — Elles peuvent soit survenir isolément, atteignant une ou plusieurs glandes, soit, ce qui est le plus fréquent, coexister avec d'autres accidents du saturnisme.
- IV. — Elles ne présentent aucune gravité, du moins immédiate, mais peuvent à la longue entraîner la sclérose de la glande atteinte.
- V. — Leur pathogénie nous paraît relever uniquement de l'action toxique du plomb, sans qu'il faille faire intervenir pour les expliquer la notion d'infection.
- VI. — La prostatite saturnine n'a, à notre connaissance, encore jamais été signalée.

Vu le Doyen,

H. ROGER.

Vu le Président,

BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

Bibliographie

- 1839 TANQUEREL DES PLANCHES. — « Traité des maladies du plomb ».
- 1854 LECORNEY. — « Des parotidites symptomatiques ». Thèse, Paris, 1854.
- 1875 J. RENAUT. — « Intoxication saturnine chronique ». Thèse d'agrégation de Paris.
- 1875 JACOB. — « Parotidite suppurée chez un saturnin ». Mémoires de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie militaires, 3^e série, tome XXXIII, page 560.
- 1879 POUCHET. — *Bulletin de l'Académie des Sciences*, T. II.
- 1879 SPILLMANN. — Archives générales de Médecine, T. II.
- 1881 LEJEUNE. — « Saturnisme aigu et chronique; troubles de la miction ». Thèse, Paris, n° 177.
- 1882 COMBY. — « Note sur une hypertrophie simple des glandes parotides chez plusieurs saturnins ». *France Médicale*, 31 août 1882, n° 25.
- 1883 ELLENBERGER et HOFMEISTER. — « Zur physiologischen Wirkung und Deposition der Bleisulze bei Widerkaueru ». (Kgr. Sachsen, 1883).

- 1884 PAUL BINET. — « Elimination des médicaments par la salivæ ». Thèse, Paris, n° 139.
- 1885 PARISOT. — « Contribution à l'étude de la parotidite saturnine ». *Revue Médicale de l'Est*, page 469.
- 1886 FAVREL. — « Orchite saturnine ». *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*.
- 1888 VALENCE. — « De la parotidite chronique saturnine ». Thèse, Nancy.
- 1892 LAVRAND. — « Voies d'élimination du plomb ». *Journal de la Société Médicale de Lille*.
- 1892 DIAZ. — Parotidites. Etiologie. Thèse, Paris, n° 224.
- 1894 LAFFOLLEY. — « Hypertrophie simple des parotides au cours de goutte, albuminurie, paludisme, saturnisme ». Thèse, Paris, n° 115.
- 1894 D'ESTREE. — *Journal de Médecine et de Chirurgie de Bruxelles*. « Nouveau signe de diagnostic du saturnisme ».
- 1894 CLAISSE ET DUPRÉ. — « Les infections salivaires ». *Archives de Médecine expérimentale*.
- 1895 THIELEMANS. — « Manifestations parotidiennes du saturnisme ». Thèse, Paris, n° 180.
- 1895-96 BALLAYRE. — « Saturnisme. Influence sur la grossesse et l'allaitement ». Thèse, Paris, n° 586.
- 1896 ARONSON. — « Relation de la parotidite et de l'orchite ». *New-York Medical Journal*.

- 1896 ACHARD. — « Parotidite saturnine ». Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, p. 867.
- 1896 BALLAND. — « Influence du saturnisme sur la marche de la grossesse, le produit de la conception et l'allaitement ». Thèse, Paris, n° 586.
- 1897 CROUTES. — « Parotidite saturnine ». Thèse, Paris, n° 87.
- 1897 COMBY. — « Des parotidites toxiques ». *La Médecine Moderne*, page 401.
- 1897 CLAISSE et DUPRÉ. — « La parotidite chez les saturnins ». *Presse Médicale* du 8 décembre 1897, page 369.
- 1897 LAUNOIS. — « Parotidite unilatérale chez un saturnin ». Société Médicale des Hôpitaux, février 1897, page 301.
- 1897 RÉNON. — Compte rendu de la Société de Biologie.
- 1899 HUDELO. — « Un cas de parotidite aiguë fébrile chez un saturnin ». Société Médicale des Hôpitaux, page 925.
- 1899 PETIT. — « Parotidite saturnine double ». Société Médicale des Hôpitaux, page 923.
- 1900 APERT. — « Hypertrophie parotidienne chez un saturnin ». Société Anatomique, page 395.
- 1900 GANIAYRE. — « Intoxication saturnine considérée dans ses rapports avec la grossesse et l'hérédité ». Thèse, Paris, n° 279.

- 1900 RENDU. — « Parotidite saturnine et crise subaiguë de plomb ». *Journal de Médecine interne*.
- 1900 RÉNON et LATRON. — « Sous-maxillite chez un saturnin ». Société Médicale des Hôpitaux. Séance du 29 juin 1900.
- 1901 H. BERNARD. — « La colique de plomb ». Thèse, Paris, n° 272.
- 1903 G. MEILLÈRE. — Saturnisme. Etude historique, physiologique, clinique et prophylactique. Thèse, Paris, n° 338.
- 1904 DENEUFBOURG. — Grossesse et saturnisme. Thèse, Paris, n° 425.
- 1905 GARCIN. — Parotidite saturnine. Thèse, Paris, n° 471.
- 1917 LAIGNEL-LAVASTINE et NOGUÈS. — « Parotidite saturnine chronique ». Société Médicale des Hôpitaux, page 916.
- 1917 COMBY. — « A propos de la parotidite saturnine ». Société Médicale des Hôpitaux, page 1122.
- 1924 MAC CORD et MINSTER. — « Lead Orchitis ». *Journal of the American Medical Association*, T. 82, page 1104.
- 1929 LAEDERICH et POUMEAU-DÉLILLE. — « Manifestations pluriglandulaires au cours de la colique de plomb ». Société Médicale des Hôpitaux. Séance du 15 février 1929, page 292.
-

Table des Matières

	Pages
INTRODUCTION	11
PLAN	13
HISTORIQUE	15
OBSERVATIONS	19
SYMPTOMATOLOGIE	53
EVOLUTION ET PRONOSTIC	57
DIAGNOSTIC	59
TRAITEMENT	63
PATHOGÉNIE	65
CONCLUSIONS	71
BIBLIOGRAPHIE	73

Saumur. — Imprimerie M. CHEVALIER
